

## Implicações dos profissionais da Atenção Primária no atendimento à população em situação de rua

*Implications of Primary Care professionals in the assistance to the population in street situation*

Káren Maria Rodrigues da Costa<sup>1</sup>, Rebeca Barbosa da Rocha<sup>2</sup>, Cássio Eduardo Soares Miranda<sup>3</sup>, Ana Kalliny de Sousa Severo<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as implicações dos profissionais da Atenção Primária com vistas ao atendimento em saúde à população em situação de rua utilizando, para isto, o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI), na perspectiva da análise no papel. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a cinco profissionais que atuam em uma Unidade Básica de Saúde, em um município do Piauí. **Resultados:** Os dados apontam para um entrave ainda presente no imaginário dos profissionais da saúde, que é uma ótica de ações paternalistas e higienistas para a população em situação de rua, embora, indiquem a relevância de um cuidado efetivo, multiprofissional e intersetorial. Identificou-se, ainda, a necessidade de investir em formações permanentes das equipes da Estratégia Saúde da Família, discutindo a relevância do atendimento da Pessoa em Situação de Rua na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras chaves:** Atenção primária à saúde. Pessoas em situação de rua. Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the implications of Primary Care professionals focusing on the health care for the street population using the theoretical-methodological framework of Institutional Analysis (AI) from the perspective of the role analysis. **Method:** This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were applied with 05 professionals working in a Basic Health Unit in a municipality of Piauí. **Results:** The data point to an obstacle still present in the health professionals' imaginary, which is a view of paternalistic and hygienist actions for the street population, although they indicate the relevance of effective, multiprofessional, and intersectoral care. The need to invest in permanent training of the Family Health Strategy teams was also identified, discussing the relevance of the assistance to the Person in Street Situation in Primary Health Care.

**Keywords:** Primary health care. People in street situation. Health.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2019 – Aceito: março de 2021

<sup>1</sup> Psicóloga e especialista em caráter de Residência pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), em Saúde Mental pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e em Atenção Integral aos usuários de Substâncias Psicoativas no Estado do Piauí pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). *E-mail:* karen.r.costa@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Biomédicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), *Campus* Ministro Reis Veloso.

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

## INTRODUÇÃO

Quem de nós, no seu cotidiano encontra-se rotineiramente com a figura de uma pessoa em situação de rua (PSR)? Seja em uma calçada, em um mercado municipal? E o que é feito diante de tal pessoa caso necessite de um acompanhamento no que se refere a sua saúde? Como garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde? Questões como estas devem ser pensadas e incorporadas na rotina dos profissionais que trabalham na porta de entrada dos serviços de saúde.<sup>1</sup> Assim sendo, este estudo versa sobre o atendimento à população em situação de rua, onde se objetivou analisar as implicações dos profissionais da Atenção Primária com vistas ao atendimento em saúde à população em situação de rua utilizando, para isto, o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI), na perspectiva da análise no papel.

O fenômeno pessoas em situação de rua ocorre em diversos países e é decorrente de um processo de múltiplas determinações, relacionadas a crises econômicas, precárias condições de trabalho, debilidade do sistema de seguridade social e entre outros fatores que levam os indivíduos à vulnerabilidade social.<sup>2</sup> Além de fatores estruturais tais como: ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, fatores biográficos tais como: alcoolismo, usos de drogas, rompimentos dos vínculos familiares, transtornos mentais, perda de todos os bens, etc.<sup>3</sup>

O termo pessoas de situação de rua refere-se a um segmento da população heterogênea, com baixíssima renda, que possui vínculos familiares interrompidos, não possui moradia convencional, pernoitando em logradouros das cidades, albergues ou de organizações sociais.<sup>4</sup>

Calcula-se que existiam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil no ano de 2015. Deste total, estima-se que dois quintos (40,1%) habitem municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) habitem municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. No que lhe diz respeito, estima-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitem 6.757 pessoas em situação de rua, (6,63% do total). Isto é, a PSR se concentra fortemente em municípios maiores.<sup>5</sup>

Em relação aos aspectos relacionados à saúde da PSR, uma pesquisa apontou que os problemas mais prevalentes nesta população são: hipertensão, problemas psiquiátricos/mental, HIV/AIDS, e problemas de visão/cegueira. Ademais, 18,7% dos entrevistados afirmaram que fazem uso de algum medicamento e que os Postos/Centros de Saúde são os principais meios de acesso a eles.<sup>6</sup>

No Brasil, a política de abordagem da população em situação de rua, inicialmente, foi de repressão e de criminalização, com a utilização de violência para manter esse grupo populacional distante dos grandes centros, verificou-se uma total negligência estatal resultando na ausência de políticas públicas

em benefício desse segmento social. Posteriormente, com as primeiras práticas inspiradas no assistencialismo das obras de caridade originadas dos grupos, associações e entidades religiosas, aos poucos e no decorrer dos anos, essa situação foi modificada com a implantação das primeiras políticas públicas em prol da PSR.<sup>7</sup>

A partir da década de 1990 percebe-se um aumento da população em situação de rua em médios e grandes centros urbanos, no entanto, somente no ano de 2009 o Governo Federal instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento,<sup>8</sup> este documento visa à orientação na construção e efetivação de políticas públicas direcionadas a este público, historicamente marginalizado.

Dentre os objetivos da Política destaca-se em seu artigo 7º, inciso primeiro, assegurar o amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.<sup>4</sup>

Atualmente, a principal práxis de cuidado em saúde junto à população em situação de rua é o serviço de Consultório na Rua, que têm como premissa a ampliação do acesso e cuidado integral da população em situação de rua aos serviços de saúde, implementado pela Portaria de nº 122, de 25 de janeiro de 2011.<sup>9</sup>

Os consultórios na Rua são um serviço componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial composta por uma equipe multiprofissional, formada a partir das demandas e realidades do território. Suas ações devem ser compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos da rede<sup>10</sup>. No entanto, se este serviço não contempla todos os municípios no qual existem PSR que necessitam de atendimento e acolhimento em saúde, diante desse cenário, a quem se deve recorrer?

Outro avanço no que tange a PSR ocorreu por meio da Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que trata da regulamentação do Sistema Cartão Nacional de Saúde, em seu §1º, artigo 23 dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão do SUS.<sup>11</sup>

Outra estratégia de aproximação e efetivação ao direito ao atendimento em saúde para a PSR, aconteceu via implementação da Política de Promoção de Equidade em Saúde, cujo objetivo é diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde, tais como: níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, entre outros.<sup>12</sup>

Embora se tenha percebido mudanças significativas neste âmbito, essas políticas não estão acessíveis ou não se encontram instaladas de forma eficaz em alguns municípios brasileiros. Pode-se citar

questões, como por exemplo, o acesso aos serviços de saúde. Sobre este fato Campos (2018)<sup>13</sup> demonstrou que o acesso aos serviços de saúde pela PSR se apresenta de maneira geral com expressivas barreiras para sua garantia, com relatos de atitudes discriminatórias por profissionais de saúde.

Corroborando o estudo anteriormente citado destaca-se que a PSR, historicamente, tem acesso limitado aos serviços de saúde, somando-se a existência de uma série de entraves para a efetivação do cuidado.<sup>14</sup> Estudo de Kami, et al. (2016)<sup>15</sup> destacou aspectos relacionados à resistência dos profissionais em atender e acolher a pessoa em situação de rua.

Além disso, Hino, Santos e Rosa (2017)<sup>16</sup> apontam que a falta de documentação para o cadastro e identificação destes usuários na rede de saúde acaba por barrar o atendimento. Portanto, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela PSR associam-se fortemente com a falta de adequação dos serviços de saúde, atitudes negativas dos profissionais e com o grau de satisfação das pessoas usuárias.<sup>13,16</sup>

Neste sentido, tornar concretos a abordagem, o acolhimento e o acompanhamento de pessoas em situação de rua é uma responsabilidade da atenção básica como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde.<sup>17</sup> Assim, em municípios ou áreas que não dispõem de Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de “responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas”.<sup>18:63</sup>

Percebe-se que ainda existem muitos entraves no ingresso da PSR ao sistema de saúde. Problematizar a temática do acesso no cotidiano dos serviços é uma questão que envolve uma variedade de fatores, desde as dificuldades oriundas do estigma que recai sobre elas,<sup>19,20</sup> falta de cartão do SUS, ou qualquer outro documento, que impede a marcação de exames.<sup>1</sup>

## **Análise Institucional**

A abordagem assumida pelos pesquisadores se sustenta a partir do discurso de autores que apresentam concepções importantes na compreensão do atendimento da PSR, utilizando para isto da Análise Institucional (AI), fornecendo assim os eixos estruturantes na discussão sobre o fazer, sentir e pensar no atendimento da PSR.

Romagnoli (2014)<sup>21</sup> afirma que o institucionalismo não se limita a uma escola e sim é constituído por um movimento com variadas formas e práticas. Dentre as tendências existentes, as que mais se destacam no institucionalismo são: a Sociopsicanálise de Gérard Mendel, a Esquizoanálise de Deleuze e Guattari e a Análise Institucional (AI) de René Lourau e George Lapassade, mais conhecida como Socioanálise.<sup>22</sup>

Apesar das variadas correntes do institucionalismo neste artigo será utilizada a Análise Institucional de René Lourau e George Lapassade, que parte da dialética de Hegel tendo como cerne de seus trabalhos os dispositivos analisadores que dão visibilidade ao instituinte que emerge”.<sup>21,22</sup>

Santos, Sousa e Santos (2011)<sup>23</sup> afirmam que a Análise Institucional se interessa teórica e metodologicamente por condutas de apropriação, usos, transformações de dispositivos, estruturas, negociação e dinâmicas de poder produzidas por diversos grupos de sujeitos em suas relações institucionais. Para esse fim, utiliza a articulação de conceitos e instrumentos fundamentais de análise cuja centralidade é a discussão política sobre o Estado e suas relações deficientes, fragmentadas e partilhadas entre as coletividades humanas em diferentes agrupamentos, cultural e historicamente situados.

À vista disso, o papel da Análise Institucional é descobrir, expor o não dito das instituições, a partir da problematização, do questionamento às instituições ocultantes.<sup>24</sup> Outro objetivo relevante da Análise Institucional seria desvelar a relação dialética instituinte-instituído-institucionalização em todos os âmbitos sociais. Para isso, ela “pode intervir *em* estabelecimentos e *com* dispositivos, mas sempre visando apreender a *instituição* em seu sentido ativo”.<sup>25:34</sup>

Para que se possa entender sobre esta corrente alguns termos necessitam serem elucidados, tais como o conceito de instituição, agentes, instituinte, instituído, implicação.

Para o institucionalismo, conforme aponta Baremlitt (2002),<sup>22</sup> as instituições “são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos”. Já Hess (2000)<sup>26:44</sup> define Instituição como produto de uma confrontação permanente entre o instituído [aquilo que já está aí, que tende a se manter] e o instituinte [forças de subversão, de mudança].

Outro conceito empregado na AI é a implicação. Monceau (2008)<sup>27</sup> afirma que nesta não se pode utilizar a implicação como sinônimo de engajamento ou envolvimento, em virtude que existe mesmo que não a desejamos. Assim, a implicação refere-se à relação que indivíduos desenvolvem com a instituição.

Sobre as implicações que envolvem o pesquisador, Barbier (1985)<sup>28</sup> indica que a ciência se baseia em um julgamento de valor inicial ao privilegiar o universal em detrimento do particular. Isso decorre do não reconhecimento de que as ciências humanas são mais suscetíveis à ação da subjetividade, o que não é admitido pela tradição científica em decorrência da hegemonia das ciências da natureza. Nessa relação de suposta exterioridade e neutralidade algumas consequências graves se apresentam. Por este motivo, é necessário reconhecer que “O contexto do pesquisador, sua formação, seus grupos de referência, os gostos intelectuais do momento desempenham um papel decisivo”.<sup>28:106</sup>

A implicação como conceito fundante em Análise Institucional Contemporânea produz-se como elemento pertinente para a compreensão das relações contratuais, fortuitas e espontâneas que envolvem o pesquisador e os demais agentes envolvidos no estudo. Nota-se que a implicação é de natureza histórico-existencial, porque se articula à implicação psicoafetiva para localizar a construção histórica e existencial do pesquisador diante do seu movimento nas interações cotidianas.<sup>23</sup>

Neste artigo, a instituição analisada é o “atendimento em saúde à população em situação de rua”, e busca-se compreender a relação que os profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde estabelecem com ela. Questões relacionadas à oferta de serviços, formas de trabalho organizadas para o cuidado.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Sobre este tipo de pesquisa Minayo (2013)<sup>29</sup> afirma que a mesma conta com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa apresentou como questão norteadora: Como ocorre o cuidado junto à população em situação de rua na cidade de Parnaíba-PI?

Para tanto, o estudo foi desenvolvido em um município, situado no extremo norte do estado do Piauí, cuja população é de aproximadamente 150.200 habitantes. O bairro no qual se insere a UBS apresenta população estimada de 2.631 habitantes. Os moradores são, em sua maioria, constituídos pela faixa etária de 15 a 64 anos (71, 1 %), seguida da faixa etária de 0 a 14 anos (17,8%) e com mais de 65 anos (11,1 %).<sup>30</sup> A escolha desta unidade foi devido a mesma estar na área de abrangência do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), na época da pesquisa, e deste modo, muitas das vezes, ser ponto de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua, embora sendo um dispositivo da assistência social.

Participaram do estudo cinco (41,66%) dos 12 profissionais da saúde que atuam na UBS anteriormente citada. Os critérios para a sua inclusão foram: 1º estar no cargo há pelo menos seis meses; 2º trabalhar na Unidade Básica de Saúde, além de profissionais de ambos os sexos.

À vista disso, participaram cinco profissionais (uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde- ACS). Em relação ao nível educacional dos participantes, quatro possuíam nível superior e um estava cursando graduação, apesar de que para o cargo de ACS esse quesito não seja exigido.

Não participaram da pesquisa sete profissionais: a médica, devido ao tempo de trabalho na equipe

ter sido inferior a seis meses, a técnica de enfermagem, pois se encontrava em férias durante o período da coleta de dados, um ACS; um vigia e dois auxiliares por não desejarem participar da pesquisa. Para garantir o anonimato dos participantes, as citações dos trechos extraídos das falas foram acompanhadas por palavras que comumente se encontram relacionadas à população em situação de rua: Desfiliaados, Iniquidades, Estigma, Rua, Margem.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Esta modalidade de entrevista, de acordo com Minayo (2013),<sup>29</sup> combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a oportunidade de expor sobre o tema em questão sem se prender à pergunta formulada. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada sujeito da equipe, no qual se utilizou um roteiro contendo oito perguntas divididas em dois eixos, o Eixo I continha perguntas referentes ao atendimento à população em situação de rua e o Eixo II sobre a formação dos participantes.

No momento da entrevista foi informado aos sujeitos sobre o interesse da pesquisa, a utilidade, o objetivo, as condições da mesma e o compromisso com o anonimato. As entrevistas foram realizadas no mês de Julho do ano de 2017, gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas para a realização da análise.

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em seres Humanos da Universidade Federal do Piauí (UFPI)- *Campus* Ministro Reis Velloso, Parecer de nº 2.100.087 em 05 de junho de 2017, a pesquisa foi apresentada à gerente da UBS para facilitação da realização das etapas previstas do estudo. Posteriormente, foi apresentado para todos os sujeitos, em reunião de equipe.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no ambiente da UBS em local reservado e em dias e horários definidos pelos sujeitos. Em primeiro momento, os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo, sobre o anonimato e sigilo de suas respostas, como sua livre opção em participar ou não, além da possibilidade de negar a autorização em qualquer ocasião que desejasse, inclusive após o início da entrevista.

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo, deste modo, com os preceitos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, por meio da Resolução 466 de dezembro de 2012. As entrevistas tiveram duração de 15 a 20 minutos, após a realização foram dirigidos os agradecimentos pela colaboração voluntária do participante.

A análise no papel foi utilizada para a investigação das entrevistas em uma perspectiva sócio-histórica. Quanto aos procedimentos de análise das informações, as entrevistas foram gravadas, ouvidas e, posteriormente, transcritas. Para a análise dos dados, inicialmente houve a organização e leitura dos dados das entrevistas, para isso, foi necessário ter uma leitura exaustiva, priorizaram-se a pertinência e

homogeneidade das falas dos participantes, em seguida, foram organizadas em categorias analíticas construídas no processo de interpretação.

Foram construídas três categorias com base nas implicações dos entrevistados acerca do atendimento a PSR: o sentir no atendimento à PSR, o pensar sobre o atendimento para à PSR, o atendimento: por um olhar mais humano.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos profissionais da Saúde: Formação

Foram entrevistados cinco profissionais da saúde, sendo destes, quatro do sexo feminino, estando todos na faixa etária entre 30 e 45 anos. Sobre a formação, verificou-se que quatro participantes apresentavam Ensino Superior e Pós-Graduação, um participante continha formação de técnico em enfermagem e estava cursando Graduação em Enfermagem.

Contudo, somente a enfermeira possuía especialização em Saúde da Família. Todos os profissionais trabalhavam há mais de 10 anos na Estratégia Saúde da Família-ESF. Quanto à forma de contratação todos os participantes eram concursados. No Quadro 1 há um resumo das características dos participantes entrevistados.

**Quadro 1** - Caracterização dos participantes da pesquisa. Piauí, 2020.

Nome fictício	Categoria Profissional	Sexo	Curso	Pós-graduação
Desfilados	Enfermagem	F	Enfermagem	Enfermagem Obstétrica Saúde da Família
Iniquidade	ACS	M	Licenciatura em Letras Português	Psicopedagogia
Estigma	ACS	F	Licenciatura em Pedagogia	Educação Especial
Rua	ACS	F	Técnico em Enfermagem Graduando em Enfermagem	
Margem	ACS	F	Licenciatura em Letras Português Graduanda em Libras	Língua Portuguesa

Fonte: dados da pesquisa (2020)



Cabe destacar que, embora a profissão de ACS não exija Ensino Superior, e sim o ensino médio<sup>31</sup> a maioria dos participantes da pesquisa que eram ACS já possuíam graduação, ou estavam cursando curso superior.

Sobre a formação no atendimento em saúde para a PSR, apenas dois sujeitos afirmaram ter participado de capacitação relacionada a esta temática.

“Sim, participei, foi legal, foi muito proveitoso, gostei muito, ganhei muito conhecimento né! Teve na Federal foi em 2016 eu tive também não só de população de rua, mais de transtorno mentais, tenho RAPS, tenho o caminho do cuidado que também é de transtorno mental” (RUA).

“Curso mesmo, só as capacitações a que nós fomos chamados no ano passado, teve uma capacitação mostraram como é o trabalho, né?!” (INIQUIDADES).

“No decorrer do meu trabalho de agente comunitário de saúde nós nunca tivemos nenhuma capacitação sobre esse público, já tivemos várias capacitações sobre outras coisas agora voltados para esse tema não, não que eu me lembre” (MARGEM).

As entrevistas apontam para a necessidade de sensibilização e capacitações de profissionais sobre esta temática, uma vez que suas formações não privilegiaram o manejo com este público. O único momento operacionalizado para se refletir esta temática no campo da atenção primária no município em que ocorreu a pesquisa foi por meio de um evento realizado por uma das equipes da primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Parnaíba-PI:

I Encontro sobre as Políticas de Atendimento à População em Situação de Rua: Articulação entre SUS e SUAS”, que teve como objetivo discutir as políticas de atendimento à PSR, impulsionar uma articulação entre os trabalhadores das áreas da saúde e assistência social que atuam com as PSR e apresentar o Centro de Referência Especializado para PSR aos trabalhadores da saúde.<sup>1:252</sup>

Este evento reuniu aproximadamente 159 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 38 enfermeiros de quatro Distritos de Saúde, e contou com a participação de um Professor Dr. da Universidade Federal do Piauí que dialogou sobre a Saúde da PSR, além da equipe técnica do Centro POP que abordou sobre a assistência social para a PSR.<sup>1</sup>

Um ponto que é importante ser problematizado neste estudo é o acesso a processos de Educação Permanente para estes profissionais no que se refere ao atendimento à PSR. Sobre esta questão é necessário investir em processos de qualificação e formação das equipes das Unidades Básicas de Saúde. Para Trino, Machado e Rodrigues<sup>10</sup> é preciso qualificar os serviços tendo como conduta o acolhimento, atingindo não somente nas relações das equipes com as PSR, como também entre estes e os demais usuários dos serviços.

À vista disso, é imprescindível investir na formação de profissionais críticos, habilitados em atuar no atendimento de forma implicada com as singularidades dos modos de vida e das necessidades de saúde das PSR e, dessa forma, garantir a equidade e atenção integral à saúde desse grupo específico.<sup>16</sup>

De fato, o atendimento à PSR é um trabalho complexo, que exige a abertura de diálogos com diversos setores, cuja função é a construção de uma rede que atue de forma coordenada, para que assim, sejam assegurados os direitos de cidadania das PSR.<sup>32</sup>

É notória que a Educação Permanente é uma ferramenta potente para a concretização do processo de atendimento à PSR, o que possibilita, deste modo, a transformação de práticas profissionais, o que poderá também viabilizar o cuidado da PSR envolvendo os mais diversos atores sociais e dispositivos.

### **O sentir no atendimento a PSR**

O relato sobre o que se sente diante do atendimento à PSR aparece no discurso dos sujeitos, de forma particular, dois dos participantes afirmaram sentir satisfação ao atendê-los.

Percebeu-se no discurso destes um pensamento de bondade e caridade sobre tal atendimento. Por outro lado, um profissional afirmou que se sente normal, atendendo a um público que é também da atenção primária.

“Eu me senti bem, eu não vou te falar que a gente tem aquele impacto, porque não é uma realidade vivenciada pelo posto, mas assim, sim um primeiro impacto e ao mesmo tempo é satisfatório estar ajudando porque eles se sentem valorizados a gente percebeu, eu percebi e a equipe também depois que eles se sentem valorizados, eles se sentem cuidados e merecem esta atenção eu acredito que eles merecem esta atenção do sistema de saúde para com eles, porque eles ficam de alguma forma a margem né disso tudo, do sistema então como eles não vem até o posto por essas questões então é interessante que o posto vá até eles”(MARGEM).

“Ah! eu me sinto satisfeita de ajudar eles quando principalmente porque geralmente eles se recuam no início depois a gente conquista eles a gente se sente muito bem” (RUA).

“...Não fiz diferença, não vi diferença. Normal como se estivesse atendendo uma pessoa qualquer (DEFILIADOS).

Sobre a categoria sentir no atendimento à PSR um ponto que cabe destacar, é o vínculo que necessita ser estabelecido com esta população. O vínculo entre equipe de saúde e PSR compõe a base para a construção do cuidado, principalmente para se estabelecer a confiança dos usuários e possibilitar o reconhecimento de suas reais necessidades.<sup>33</sup>

É necessário ter um olhar sensível sobre a PSR. Sobre esta questão chama a atenção, no depoimento de MARGEM, o reconhecimento de que a PSR possui dificuldades em acessar os serviços de saúde, diante deste fato comprovado, sugere que os profissionais de saúde se dirijam até essas pessoas que necessitam de atendimento.

Em consonância sobre a fala relacionada às dificuldades de acesso da PSR aos serviços de saúde, Ferreira, Rozendo e Melo<sup>34</sup> destacam que a insuficiente articulação com a RAS é um dos nós críticos que

necessitam ser trabalhados, tendo em vista a burocratização dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso motivado pelo preconceito e os problemas de articulação com a rede de atenção ainda são uma constante no cotidiano das PSR.

### **O pensar sobre o atendimento para à PSR**

No relato dos sujeitos, o pensar no atendimento à PSR remete a algo importante, essencial.

“...Eu acho assim muito humano, acho interessantíssimo né. Acho sim, que realmente sim, apesar da saúde pública ter suas deficiências, mas assim pensa em tudo né, mesmo que seja precário cada atendimento, mas eles pensam em quase todos os tipos de atendimento...”(DEFILIADOS).

“...É muito interessante que exista esse acompanhamento dentro da unidade de saúde a ele...Então seria, esse trabalho é bem interessante se tivesse um projeto, um programa, não sei porque eu não entendo muito, mas que atendesse, que fizesse essa busca ativa seria bem interessante” (MARGEM).

Esses depoimentos caminham em direção à necessidade e pertinência no fortalecimento de equipes de saúde, no que diz respeito ao atendimento da PSR, bem como à implementação de eCR. Contudo, observou-se um posicionamento de tirar a PSR daquela situação de morar na rua, o que faz rememorar a visão higienista e paternalista.

“É essencial... porque às vezes o que falta é só uma conversa, alguém que dê apoio e incentivo ,vamos sair dessa situação, vamos tentar todas as maneiras possíveis, tentar resgatar essa pessoa deste mundo no qual ela está vivendo agora” (ESTIGMA).

Na maioria das vezes, a referência a este segmento da população é carregada de estigmas, estereótipos e preconceitos em relação a sua condição, o que pode ser observado no depoimento abaixo.

É muito triste...é muito triste a gente ter contato com essas pessoas porque são usuárias de drogas, de álcool, não é?, então é muito difícil a vida pra eles não tem mais graça, a vida pra eles perdeu o valor, perdeu o sentido, família é uma coisa que é só de lembrança entendeu?! Eles não têm mais motivação de coisíssima nenhuma...particularmente um zumbi mesmo... (INIQUIDADES).

As fragilidades destes sujeitos são vistas como as únicas causas da própria condição em que o viver na rua é uma escolha individual, a este grupo social é carregada de preconceitos em relação a sua condição, as fragilidades adaptando-se em teorias que investigam esse fenômeno como sendo natural. Apoiando-se nessa ideia, as intervenções pretendidas em algumas ocasiões podem contribuir para uma intervenção assistencialista, paternalista ou autoritária de “higienização social”.<sup>35</sup>

Corroborando com esta questão, Resende e Mendonça<sup>36</sup>, em um estudo relacionado às representações sociais sobre a situação de rua concluíram que a representação da situação de rua é

preconceituosa, sugerindo que esse olhar pode contribuir para a definição de políticas públicas higienistas e sua aceitação social.

Além disso, o pensar sobre o atendimento traz outras questões que permeiam o imaginário social a respeito da pessoa em situação de rua.

“...então é assim: é onde eu falo eu faço a crítica mas falando leigamente eu não sei, até porque a questão de usar medicamentos não é? eles usam medicamentos, alguns colocam o medicamento na boca, quando o profissional dá as costas ele tira este medicamento guarda e vende na rua, tu tá entendendo?!é engraçado isso, mas é a vida deles é essa” (INIQUIDADE).

Sobre este fato Hallais e Barros<sup>37</sup> afirmam que o imaginário social a respeito da PSR é um fator que dificulta a prática dos profissionais de saúde. A sujeira, o mau cheiro, efeito de drogas lícitas e ilícitas, entre outras características estigmatizantes, são fatores que reforçam o acolhimento precário nos serviços de saúde.

Outro ponto que ficou evidente sobre o atendimento à PSR foi o desconhecimento de que o atendimento à saúde da PSR é uma responsabilidade da ESF, em locais onde não existeo Consultório na Rua.

“Eu acho que tem que ser completo, multiprofissional né? Eu acho que lá deveria até assim, um próprio enfermeiro, um médico pra eles, porque a demanda do PSF já é grande né! Aí, como eu falei, a gente acaba até se desligando de lá, esquecendo porque não é no mesmo prédio. Eu acho assim, que deveria que ter do jeito que tem assistente social, nutricionista, psicóloga, era para ter um médico, nem que fosse todos os dias, um enfermeiro já contratado ali para eles sabe que eu já seria até um atendimento ainda melhor, não ficava precisando marcar data para gente ir pra lá, aquela dificuldade toda né, falta de tempo nosso, acho que teria que ser mais completo ainda... em termos de ter um médico para eles exclusivo, enfermeiro também” (DEFILIADOS).

Percebe-se por meio do discurso acima que o atendimento à PSR é delegado como responsabilidade somente ao dispositivo da assistência social, Centro POP, e que nesse dispositivo deveria existir outros profissionais da saúde, como por exemplo: médico, nutricionista, que pudessem atender à PSR. Sobre este episódio, verificou-se que a realidade encontrada estava imersa em uma divisão, de um lado a PSR e os serviços destinados a esta, neste caso o Centro POP, e do outro lado os serviços de saúde.<sup>33</sup>

É importante problematizar que o atendimento ou cuidado à PSR não deve se exclusiva somente de um setor ou dispositivos, como por exemplo: Centro POP ou Consultório na Rua. Sobre isso, ressalta-se a necessidade de engajamento dos profissionais que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista, que o atendimento à PSR não é de responsabilidade exclusiva das Equipes dos Consultórios na Rua-eCR.<sup>34</sup>

Somando-se a isso, evidencia-se a necessidade de abertura de diálogo entre a Saúde Mental e a Atenção Primária. Cabe à Atenção Especializada em Saúde Mental descentralizar suas ações e a atenção

primária se aproxime de pessoas em situação de rua para oferecer um cuidado mais compatível com a realidade da PSR.<sup>34</sup>

Portanto, apresenta-se como urgente a construção de uma rede intersetorial que preste assistência de qualidade a este segmento a população.

### **O Atendimento: por um olhar mais humano**

Quando questionados sobre como deveria ser o atendimento para a população em situação de rua no município, 02 dos profissionais responderam que deveria ter um local para colocá-los e atribuir-lhe uma ocupação/trabalho. Verifica-se ainda a presença de um discurso relacionado à lógica de tratamento (enclausurar) e de resgate da PSR, no que se refere à vida que eles possuem.

“Que houvesse um além de um local próprio para eles, uma ocupação, uma equipe para trabalhar com eles e não somente ter aquela casa de apoio de dar só uma alimentação e/ou algo um pouco mais e não só isso mais trabalhasse, colocasse para estudar, fizesse alguma atividade, porque geralmente muitos deles têm algum ofício sabe algo, então devido essa vida que leva a família abandonou, vamos tentar resgatar e trabalhar e não somente aquele espaço que eles passam eles ficam o dia se alimentam e vão embora e a vida continua a noite normalmente eles fazem o que quer e no outro dia eles voltam, que eles ficassem o dia, fosse uma casa de recuperação” (ESTIGMA).

“Tinha que ser um tratamento diferenciado, acho que uma coisa modelo. A gente copia muito o Ceará porque no Ceará têm muitos modelos e a gente se baseia muito nele. Eu acho que essas fazendas, essas clínicas que se fazem para adotar uma espécie de albergue como eu citei antes. Eu acho que prepará-los para depois devolvê-los à sociedade (INIQUIDADE) ”.

Posicionamentos como estes refletem algumas das ações que o cenário da saúde vivencia no campo do atendimento relacionado à PSR. Historicamente, o poder público brasileiro lida com a questão da PSR pautando-se na retirada dessa população das ruas e no seu isolamento, com medidas higienistas, para evitar o incômodo que estar pessoas causam à sociedade.<sup>38</sup>

Sobre essa conjuntura, Trino, Machado e Rodrigues (2015)<sup>10</sup> afirmam que é necessário muito cuidado com a lógica que opera de remover as pessoas das ruas a qualquer custo, com foco extremamente voltado para uma “higienização” dos logradouros públicos e sem entender todo o contexto pelo qual cada indivíduo se encontra e que o levou para estar em situação de rua.

Isso nos remete aos impetuosos acontecimentos do ano de 2017 no estado de São Paulo, em que o governo se utilizava de violência e repressão na remoção de usuários de crack do centro de São Paulo e ameaçava de internação compulsória, afrontando deste modo direitos humanos e saúde da população vulnerável.<sup>39</sup>

As afirmações em torno de atribuir uma ocupação/trabalho/estudo à pessoa em situação de rua

faz reportar-se a visão capitalista exigida das pessoas no cenário no qual se vive. À vista disso, o trabalho é compreendido como elementar fator da sociedade atual, como um fim em si, como algo básico na definição das pessoas. É por intermédio do trabalho que a pessoa garante sua sobrevivência através dos bens que gera, além disso, é por meio do trabalho que a pessoa constitui sua identidade pessoal. Conforme esclarece Stofels: “o indivíduo não-trabalhador é encerrado pela ideologia dominante numa situação periférica, e estigmatizado como ser desviante, degenerado e residual. Ele se vê e sente como elemento segregado, portador de uma identidade atrofiada.”<sup>40</sup>

No entanto, 02 dos profissionais acreditam que o atendimento para a PSR deveria partir de um trabalho em rede que tenha resolutividade e de abordagem multiprofissional.

“Eu acho que tem que ser completo, multiprofissional né?”(DEFILIADOS).

“Tem que melhorar mais, e têm que melhorar e ter a relação das redes né? Que as relações das rede ainda é muito falha, tem que ter a ligação, comunicação. Porque às vezes assim, só um exemplo: às vezes o CAPS têm às vezes acesso, mas às vezes não liga muito para a UBS, acredito que antes tinha mais essa ligação eu acredito que diminuiu essa ligação sabe?” (RUA).

Observando o exposto, o trabalho em rede torna-se uma ferramenta indispensável para a efetivação do atendimento da população em situação de rua em seu caráter integral.

Sobre isto, Trino, Machado e Rodrigues (2015)<sup>10</sup> sustentam que dada à complexidade de situações, de demandas e de necessidades que a PSR possui, é inevitável o investimento focado no cuidado compartilhado e implicado em rede. Para tal fim, é indispensável aos gestores e trabalhadores o emprego processos de gestão e trabalho que assegurem a sustentabilidade das redes. Redes que não são cooperativas, que não compartilham que não têm implicação e responsabilização, são insustentáveis.

Segundo Maria Lúcia dos Santos Pereira, Militante e coordenadora do Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (MNPR) na Bahia, em entrevista a Radis (Revista Radis - Nº 165)<sup>41</sup> relata sobre o que falta no atendimento à saúde da PSR.

“Eu acho inconcebível que a gente precise capacitar e sensibilizar profissionais para dizer que todas as pessoas têm direito à saúde. Mas o que nós vemos, infelizmente, é uma quantidade muito grande de pessoas que não tem sensibilidade para lidar com as pessoas em situação de rua; que julgam, têm nojo. Nós compreendemos que o dinheiro pago é pouco, que existe uma precarização na infraestrutura da própria saúde, mas isso não significa não olhar o outro como ser humano. Os profissionais não estão enxergando isso. A gente precisa voltar a ter esse olhar mais humano.”<sup>38:24</sup>

Ainda sobre o trabalho em rede é fundamental o compartilhamento do cuidado em saúde da PSR nos diversos dispositivos, visto que o compartilhamento do cuidado está relacionado à integralidade, interdisciplinaridade, à clínica ampliada e à formação de redes intersetoriais, que permitem cuidado de

saúde capaz de atender às necessidades desta população.<sup>42</sup> O qual em princípio convida o profissional para compor diferentes saberes, não limitando os sujeitos às suas doenças, dialogando, trabalhando em equipe e reduzindo a fragmentação do cuidado. Além de ser um processo permanente de pactuação envolvendo múltiplos atores no processo.<sup>43</sup>

É necessário internalizar nos profissionais que as unidades de saúde são locais de referência e acesso para a PSR, assim como o Centro POP, este tão citado no discurso dos profissionais entrevistados. Uma vez que a PSR não é responsabilidade exclusiva da Assistência Social, mas sim deve ser pensada desde uma perspectiva interdisciplinar e integral. Sobre isto, Brasil <sup>44</sup> aponta que é fundamental a articulação entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com a PSR, principalmente entre as equipes de saúde e assistência social. Para tal fim, é preciso produzir encontros e espaços de diálogos entre os setores.

## CONCLUSÃO

As demandas relacionadas à saúde da PSR são muito mais complexas do que é capaz de se observar nas praças e mercados das áreas urbanas. Primeiramente, estas pessoas vivem em condições de extrema vulnerabilidade, acentuada pela desigualdade de acesso aos direitos fundamentais e pelo estigma que está ligada à sua situação.

Analisar sobre o pensar e o sentir no atendimento em saúde da pessoa em situação de rua são questões necessárias para que possam formar profissionais mais implicados com esta população que vive à margem de direitos efetivos. Este estudo aponta para um entrave ainda presente no imaginário dos profissionais de saúde, que é uma ótica de ações paternalistas e higienistas para este público, embora, indiquem a relevância de um cuidado efetivo, multiprofissional e intersetorial.

Identificou-se a necessidade de investir em formações permanentes em saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família, discutindo a relevância do atendimento da Pessoa em Situação de Rua na Atenção Primária à Saúde. Visto que, considerar a educação permanente numa perspectiva participativa e problematizadora sobre o acesso e o atendimento que é oferecido para a PSR é essencial para a operacionalização do cuidado.

Por fim, este estudo pretendeu oportunizar uma reflexão crítica sobre o cuidado à PSR como demanda da Atenção Primária, que muitas das vezes não figura como prioritária nas agendas das Unidades Básicas de Saúde da Família, problematizar o campo do atendimento à população em situação de rua é evidenciar para uma realidade que os afasta e não os reconhece como cidadãos de direitos, dificultando assim a efetivação das políticas públicas até então implementadas.

## REFERÊNCIAS

1. Costa KMR, Sousa JJS, Rocha RB, Lino MRB, Brito GV, Sousa NF. Cuidado à saúde da pessoa em situação de rua: debate e relatos para uma abordagem intersetorial. *Revista Saúde e Pesqui.* 2017; 10(2): 251-258.
2. Sousa AP, Macedo JP. População em situação de rua: Expressão (im)pertinente da “questão social”. *Psic: Teor e Pesq.* 2019; 35.
3. Rocha FC, Oliveira PRS. Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. *Pesqui prát psicossociais.* 2020; 15(01): 01-18.
4. BRASIL. Decreto Presidencial n. 7.053 de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez 2009. Sec.1.* Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm).
5. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Texto para discussão. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília/Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf).
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil). Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/sumario-executivo-pop-rua.pdf>.
7. Klein AD, Bock JS. Da efetividade das políticas públicas voltadas à população em situação de rua: uma análise crítica em atenção à dignidade da pessoa humana. In: XII Seminário Nacional demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea & II mostra nacional de trabalhos científicos, 2016, Santa Cruz Sul.
8. Serafino I, Luz LCX. Políticas para a população em situação de rua: questões para debate. *Pesquisa Aplicada.* 2015; 18(1):74-85. In: Silva, MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005 [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. 220f.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.* Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2011.html).
10. Trino AT, Machado MPM, Rodrigues RB. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Teixeira M, Fonseca Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1a. ed. São Paulo: Hucitec; 2015. Cap. 1, p.27-53. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SaberePraticasnaAPS.pdf>.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 940/GM/MS 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011. Sec. 1.* Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html).
12. Ministério da Saúde (BR). Políticas de Promoção das Equidades em Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_procoacao\\_equidade\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_procoacao_equidade_saude.pdf).
13. Campos A. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. *Saude*



- soc. 2018;27(4):997- 1003.
14. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Debate*. 2015;39: 246-256.
  15. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):442-449.
  16. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(supl 1): 732-740.
  17. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (sus). Diário oficial da união, Brasília: Ministério da saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
  18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf).
  19. Hungaro AA et al. Pessoas em situação de rua: caracterização e contextualização por pesquisa censitária. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5): 01-08.
  20. Silva OD, Oliveira JF, Porcino C, Gomes AMT, Suto CSS, Carvalho ESS. Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre “cuidar de si”. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(02): e20180956.
  21. Romagnoli RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicol Soc*. 2014;26(1).
  22. Baremblytt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5ª. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari; 2002.
  23. Sousa PAC, Souza AVM, Santos VS. O conceito de implicação em práticas da Análise Institucional Contemporânea. In: V Colóquio Internacional: Educação e Contemporaneidade, 2011, São Cristovão.
  24. Lourau R. Objeto e método na Análise Institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista em tempo integral. 1a. ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2004. p. 66-86.
  25. Rodrigues HBC, Souza VLB. A análise Institucional e a profissionalização do psicólogo. In: Kamkhagi VR, Saidon, O. *Análise Institucional no Brasil: favela, hospício, escola, funabem*. 1a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Espaço e Tempo; 1987. p. 27-46.
  26. Hess R. L'institutionnalisation. In: *Pratiques de analyses de formation*. 1a. ed. Paris: Université de Paris; 2000.
  27. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal. Rev Psicol*. 2008; 20(1): 19-26.
  28. Barbier R. O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In: Barbier R. *Pesquisa-ação na instituição educativa*. 1a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar; 1985. p. 105-128.
  29. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 1a. ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2013.
  30. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [internet]. Brasil: [citado 2019 mar. 24]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama>.
  31. Brasil. Lei n. 13.595 de 5 DE janeiro de 2018. Altera a Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006, para

- dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 18 abr 2018. Sec. 1. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108)
32. Françoso PA, Mângia EF, Muramoto MT. O cuidado com a população em situação de rua: o consultório na rua nas Redes de Atenção à Saúde e Intersetorial: revisão integrativa da literatura. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2020; 30(2):124-31.
  33. Rocha RB, Costa KMR, Lino MRB, Sousa JJS, Silva TMN, Neto RNSB. Práticas de cuidado à população em situação de rua: a trajetória de uma equipe multiprofissional. In: Figueiredo GL, Martins CHG, Akerman M. *Vulnerabilidades & Saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 364-382.
  34. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(8):e00070515.
  35. Brasil. Política Nacional para inclusão social da População em situação de rua, 2008. Brasília: Governo Federal; 2008. Disponível: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/inclusaooutros/aa\\_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inclusaooutros/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf).
  36. Resende VM, Mendonça DG. População em situação de rua e políticas públicas: representações na Folha de São Paulo. *DELTA*. 2019; 35(4): e2019350413.
  37. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1497-1504.
  38. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38 (04): 662-679.
  39. Dominguez B. Limpeza apaga cuidado. *Revista Radis* [internet]. 2017 [citado 2019 mar. 24] (178). Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis178\\_web.pdf](https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis178_web.pdf) .
  40. Stofels MG. *Os mendigos na cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
  41. Lavor A. A margem dos direitos efetivos. *Revista Radis* [internet]. 2016 [citado 2019 mar. 24] (165). Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radis\\_165\\_a\\_margem\\_dos\\_direitos.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radis_165_a_margem_dos_direitos.pdf).
  42. Curvo DR, Matos ACV, Sousa WL, Paz ACA. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2018; 10(25):58-82.
  43. Ministério da Saúde (BR). *Caderno de Atenção Básica Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).
  44. Ministério da Saúde (BR). *Saúde da População em situação de rua: um direito humano*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_Rua.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_Rua.pdf).